



Datos del Médico (obligatorio)	
Apellido y Nombre: <b>Lopez Piñero Fernando Daniel</b>	
CUIL/CUIT (Obligatorio): <b>20 - 29647407-0</b> -	Provincia: <b>Chubut</b>
Especialidad: <b>Oncologia Clinica</b>	Matrícula: <b>MN 132.507 - MP 4680</b>
Celular: ( <b>011</b> ) 15 - <b>3929-7367</b> -	Teléfono: ( ) -
Email: <b>drlopezpinero@hotmail.com</b>	
Lugar y fecha: <b>Comodoro Rivadavia,</b> Firma y sello	

### CUESTIONARIO FRAIL PARA DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

**Respuesta afirmativa = 1 punto**

**Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil**

COLOCAR PUNTAJE  
FINAL AL FRENTE.

¿Está usted cansado?\_ \_ \_ \_ \_

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?\_ \_ \_ \_ \_

¿Es incapaz de caminar una manzana?\_ \_ \_ \_ \_

¿Tiene más de cinco enfermedades?\_ \_ \_ \_ \_

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?\_ \_ \_ \_ \_

**Documentación respaldatorio a presentar en la agencia. (Debe ser informada al paciente)**

#### **A. INICIO DE TRATAMIENTO**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Anatomía Patológica (-informe de la biopsia). Inmunohistoquímica y biología molecular (sólo si fue requerida por el médico tratante)

#### **B. RENOVACIÓN**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios (sólo si fue requerida por el médico tratante)

#### **C. CAMBIO DE TRATAMIENTO**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Nueva Anatomía Patológica (informe de la biopsia) sólo si fue requerida por el médico tratante)